

TRABAJO FINAL DE GRADO EN TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN

TREBALL FINAL DE GRAU EN TRADUCCIÓ I INTERPRETACIÓ

Departament de Traducció i Comunicació

TÍTULO/TÍTOL

**ELABORACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL
PARA EL APRENDIZAJE
DE LA INTERPRETACIÓN HOSPITALARIA**

Autor/a: Sara Aguilera del Corte

Tutor/a: María Jesús Blasco Mayor

Fecha de lectura/Data de lectura: juliol 2014



Resumen/ Resum:

El presente trabajo consiste, por un lado, en la elaboración de material audiovisual para acercar a los estudiantes de interpretación en el ámbito sanitario a la realidad profesional, y por otro, en que dichos estudiantes puedan observar y reflexionar buenas/malas prácticas profesionales.

En primer lugar, se ofrecerá una introducción a la interpretación para poner en contexto el estudio. A continuación, se tratarán las competencias más relevantes que los intérpretes profesionales y cualificados deben poseer; se estudiarán de manera breve los sistemas de salud de los países de las lenguas de interés; se presentará el código ético de los intérpretes hospitalarios; y se explicará cómo los aspectos paralingüísticos pueden influir y/o afectar en el proceso de comunicación. Finalmente, a partir del análisis de una selección de escenas de tres episodios del documental británico *Sun, Sea and A&E*, se creará material docente audiovisual teniendo en cuenta los diferentes aspectos desarrollados a lo largo del trabajo. El objetivo principal es que en dicho material audiovisual quede reflejada la necesidad de un intérprete profesional.

Palabras clave/ Paraules clau:

ámbito sanitario, interpretación de enlace, interpretación hospitalaria, intérprete profesional, material audiovisual

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
a) Justificación y motivación	5
b) Contextualización del objeto de estudio	5
2. METODOLOGÍA.....	6
a) Fases.....	6
b) Procedimiento	6
3. LA INTERPRETACIÓN HOSPITALARIA.....	7
3.1 Desarrollo de la profesión	7
3.2 Demanda de la interpretación en los Servicios Públicos	8
3.3 Modalidades de interpretación	8
3.3.1 Interpretación de enlace.....	10
3.3.1.1 La interpretación telefónica	11
3.3.2 Interpretación consecutiva.....	11
3.3.3 Interpretación simultánea	12
3.4 Conclusiones	12
4. COMPETENCIAS DEL INTÉRPRETE SANITARIO	13
4.1 Introducción	13
4.2 Competencias personales	13
4.3 Competencias profesionales.....	13
4.4 Competencia lingüística	14
4.5 Competencia cultural	14
4.6 Competencias de las tecnologías de la comunicación	14
4.7 Conclusiones	15
5. SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD.....	16
5.1 Ámbito español y ámbito anglosajón.....	16
5.2 La Comunidad Valenciana.....	17
5.3 Conclusiones	18
6. CÓDIGO ÉTICO DEL INTÉRPRETE SANITARIO	19
6.1 Asociaciones	19
6.2 Principios generales	19
6.3 Conclusiones	19
7. EL PAPEL DEL INTÉRPRETE HOSPITALARIO	20
7.1 La invisibilidad del intérprete	20
7.2 La visibilidad del intérprete	20

7.3 Conclusiones	21
8. LA COMUNICACIÓN NO VERBAL	22
8.1 Cultura.....	22
8.2 Aspectos no verbales que influyen en la comunicación	22
8.3 Conclusiones	23
9. ELABORACIÓN Y ANÁLISIS DEL MATERIAL AUDIOVISUAL	24
9.1 Vídeo 1: El papel del intérprete	24
9.1.1 Intérprete y médica frustrada.....	25
9.1.2 Welfare Officers	25
9.1.3 Conclusiones Vídeo 1	27
9.2 Vídeo 2: La presencia del intérprete	27
9.2.1 Falta de comunicación.....	27
9.2.2 Diferencia cultural	28
9.2.3 Consecuencias de asumir un rol distinto	29
9.2.4 Conclusiones Vídeo 2.....	29
10. CONCLUSIONES FINALES	30
a) Reflexiones sobre los resultados.....	30
b) Relación del trabajo con los conocimientos adquiridos en la carrera...	31
c) Intereses futuros	31
11. BIBLIOGRAFÍA	32
12. ANEXOS.....	34
a) Fichas elaboradas para la selección del material audiovisual.....	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Habitantes en España (Sistema Nacional de Salud, 2012).....	8
Gráfico 2: Comunidades autónomas españolas con más residentes extranjeros (Sistema Nacional de Salud, 2012).....	8

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Modalidades y tipos de interpretación según Jiménez Ivars (2002:2-11).....	9
Tabla 2: Técnicas y modalidades de interpretación (Collados Aís & Fernández Sánchez 2001:47-55)	10
Tabla 3: Modelos de gestión de sanidad de España y del Reino Unido.....	16

1. INTRODUCCIÓN

a) Justificación y motivación

Según el informe del Sistema Nacional de Salud del año 2012, vivimos en la segunda comunidad autónoma de España con más residentes extranjeros.

La salud está reconocida como uno de los derechos humanos básicos y fundamentales. Por lo tanto, para que estos residentes tengan acceso a una asistencia sanitaria, con las mismas condiciones que los españoles, necesitarán a un intérprete que haga desaparecer las barreras del idioma.

El presente trabajo se ha llevado a cabo con la motivación de adentrarnos en el mundo de la interpretación sanitaria, concretamente, en los hospitales. Desde el primer momento, una de las motivaciones del estudio ha consistido en la búsqueda de material audiovisual de situaciones comunicativas reales que requieran los servicios de interpretación, para poder así aprovechar dichas situaciones para la enseñanza y que los estudiantes tengan un primer acercamiento con la realidad profesional.

b) Contextualización del objeto de estudio

El objeto de estudio es la interpretación hospitalaria y el papel del intérprete, y el objetivo es extraer material audiovisual real que muestre cómo trabaja un intérprete y casos reales a los que se enfrenta día a día.

2. METODOLOGÍA

a) Fases

Para alcanzar el objetivo expuesto hemos dividido el trabajo en las siguientes fases:

- Búsqueda y selección de material audiovisual.
- Lectura de la bibliografía recomendada y otras fuentes de interés.
- Selección de la información de interés.
- Redacción del trabajo.

b) Procedimiento

El procedimiento que se ha seguido ha sido el siguiente:

- Seleccionamos el material audiovisual: tres episodios del documental *Sun, Sea and A&E*.
- Estudiamos los casos de cada episodio.
- Desarrollamos los aspectos relevantes que un intérprete profesional debe conocer.
- Teniendo presente el objetivo del estudio, detectamos y seleccionamos las escenas que presentan mayor interés didáctico.
- Creamos y analizamos el material audiovisual.
- Elaboramos una serie de conclusiones.

3. LA INTERPRETACIÓN HOSPITALARIA

Dado que el presente trabajo se centra en la interpretación hospitalaria, conviene ofrecer una primera aproximación de la interpretación con el fin de establecer un punto de partida. Para ello, en este capítulo hablaremos del desarrollo y de la demanda de la profesión y explicaremos las modalidades de interpretación, haciendo hincapié en los detalles significativos para la interpretación hospitalaria.

3.1 Desarrollo de la profesión

Debido a la necesidad humana de comunicación entre un grupo social que no comparte una misma lengua, la interpretación siempre ha existido. A partir del siglo xx empieza a aumentar la demanda de los servicios de interpretación. Con el desarrollo de la profesión y con las nuevas tecnologías se han desarrollado diferentes ámbitos de trabajo donde se precisa la necesidad de la interpretación: comisarías, cárceles, tribunales, centros de salud, colegios... (Collados Aís & Fernández Sanchez, 2001:55). Asimismo, la globalización y la multiculturalidad iniciada en el último siglo han permitido la creación de organizaciones como las Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud, organizaciones que requieren servicios de traducción e interpretación (Creeze, 2013:5). Esta globalización y multiculturalidad continúa en la actualidad y con mayor presencia.

El Reino Unido presenta una evolución progresiva de la interpretación en los Servicios Públicos debida, principalmente, a la implicación de los profesionales de las lenguas. Y por ello nos parece oportuno explicar de manera breve dicha evolución.

En la década de los 80 empezó a desarrollarse una preocupación por las consecuencias de las interpretaciones informales. Por lo tanto, el *Institute of Linguists*¹ elaboró un proyecto para estudiar la formación y evaluación de intérpretes en los Servicios Públicos. Dicho proyecto incluía una prueba de evaluación de competencia lingüística; un programa de formación en el ámbito de la justicia, sanidad y servicios sociales; unas condiciones laborales profesionales; y un código ético y deontológico. En 1994, el *Institute of Linguists* ganó un concurso público y se hizo cargo de la gestión del primer registro nacional de intérpretes, el *National Register of Public Service Interpreters* (Abril Martí, 2006:179-181).

¹ Asociación profesional, acreditada como organismo de evaluación, que agrupa profesiones relacionadas con las lenguas modernas.

3.2 Demanda de la interpretación en los Servicios Públicos

A partir de los años sesenta, España se convierte en un país turístico y el número de turistas y extranjeros empadronados va aumentando. Nuestro país carece de un registro oficial de traductores e intérpretes en los Servicios Públicos, por lo que muy frecuentemente el problema del idioma se soluciona mediante intérpretes *ad hoc*, es decir, personal, amigos o familiares que poseen un cierto conocimiento de ambas lenguas, en ocasiones se recurre hasta a menores de edad. El uso de intérpretes no profesionales puede poner en peligro el bienestar y la salud del ciudadano.

Según el último informe anual del Sistema Nacional de Salud, del total de número de habitantes en el año 2012, el 12,1 % son extranjeros. La comunidad autónoma con más residentes extranjeros es Baleares, seguida de la Comunidad Valenciana.

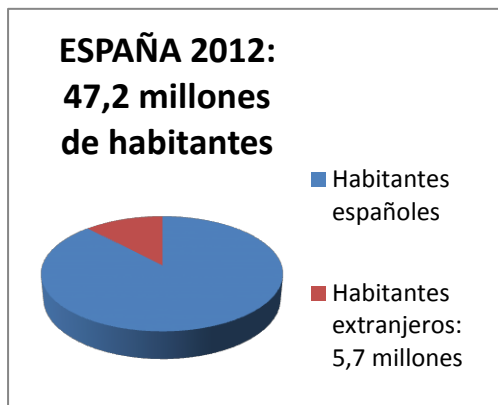


Gráfico 1: Habitantes en España (Sistema Nacional de Salud, 2012).

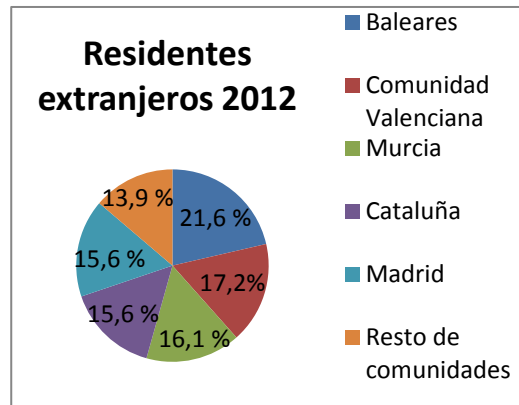


Gráfico 2: Comunidades autónomas españolas con más residentes extranjeros (Sistema Nacional de Salud, 2012).

En países como Estados Unidos o el Reino Unido se han creado registros de intérpretes. En el caso de Estados Unidos, todos los pacientes tienen el derecho de disponer de un intérprete, aunque cada vez más los hospitales están prescindiendo de este servicio para reducir costes y tienden a utilizar a personal bilingüe o intérpretes *ad hoc*. En el Reino Unido, Creeze (2013:5) señala que debido a la gran cantidad de inmigrantes, la diversidad lingüística es tan grande que los servicios públicos cuentan con un servicio de interpretación que trabaja con casi 300 lenguas. Gill, Shankar, Quirke y Freemantle (2009) *apud* Creeze (2013:5) estiman que se necesitan servicios de interpretación en unas 2.520.885 consultas al año.

3.3 Modalidades de interpretación

Para presentar las modalidades de interpretación consideramos necesario realizar antes una clarificación de las variedades de interpretación.

Jiménez Ivars (2002:2-11) parte de dos criterios básicos para delimitar las variedades de interpretación. En primer lugar, habla de modalidades de interpretación: “el momento en que se produce la reformulación con respecto a la emisión y recepción del texto origen”. En segundo lugar, habla de tipos de interpretación basándose en “las circunstancias y objetivos específicos que rodean las situaciones más habituales en las que tiene lugar la interpretación”.

A continuación, presentamos una tabla con la clasificación de modalidades y tipos de interpretación que hemos realizado a partir de la delimitación de Jiménez Ivars (2002:2-11).

Tabla 1 Modalidades y tipos de interpretación según Jiménez Ivars (2002:2-11)

MODALIDADES DE INTERPRETACIÓN	
Modalidades consecutivas	Interpretación consecutiva dialógica: conocida como interpretación de enlace, interpretación bilateral, consecutiva corta o interpretación <i>ad hoc</i> .
	Interpretación consecutiva (monológica)
Modalidades simultáneas	Interpretación simultánea
TIPOS DE INTERPRETACIÓN	Situación de uso de la interpretación
Interpretación de conferencia	Congresos, jornadas, seminarios, etc.
Interpretación en los medios audiovisuales	Cine y televisión
Interpretación para profesionales	Ámbito comercial, financiero, turístico, académico, científico-técnico, diplomático, periodístico, deportivo, etc.
Interpretación social	Asistencia médico-sanitaria, escolarización, policía, inmigración, etc.
Interpretación de tribunales	Tribunales

Aunque en nuestro trabajo vamos a partir de esta distinción, consideramos apropiado señalar que no todos los autores coinciden en esta clasificación, pues existe un cierto solapamiento en cuanto a los criterios para delimitar las variedades de interpretación. Collado Aís & Fernández Sánchez (2001:47) afirman que:

Las técnicas se caracterizan por una determinada manera de llevar a cabo la actividad interpretativa. Las modalidades se relacionan con los eventos comunicativos y situaciones sociales en las que tiene lugar el trabajo del intérprete. [...] Ahora bien, no parece que sea una distinción muy reconocida entre los investigadores contemporáneos, quienes, en su mayoría, prefieren hablar simplemente de «modalidades», de acuerdo con el entorno físico en el que se desarrolla la interacción, y que se corresponderían con diferentes categorías profesionales: intérpretes de conferencias, ante los tribunales, de escoltas y sociales («community interpreters»), (Bowen M et al. 1995:245).

La delimitación de las variedades de interpretación de Collados Aís & Fernández Sánchez (2001:47-55) quedaría de la siguiente manera:

Tabla 2 Técnicas y modalidades de interpretación (Collados Aís & Fernández Sánchez 2001:47-55)

TÉCNICAS DE INTERPRETACIÓN	MODALIDADES DE INTERPRETACIÓN
Interpretación bilateral	Interpretación de conferencias
Interpretación consecutiva	Interpretación ante los tribunales
Interpretación simultánea	Interpretación de enlace
	Interpretación social

Siguiendo el modelo de Jiménez Ivars (2002:2-11), la modalidad de interés del estudio es la interpretación consecutiva dialógica. Y, el tipo de interpretación es la interpretación social, centrándonos en el ámbito médico-sanitario, concretamente en los hospitales.

A continuación se explicarán las modalidades de interpretación: interpretación de enlace, interpretación consecutiva e interpretación simultánea.

3.3.1 Interpretación de enlace

Resulta interesante mencionar, que al igual que no todos los autores coinciden a la hora de delimitar las variedades de interpretación, tampoco coinciden cuando denominan esta modalidad. Gentile *et al. apud* Collados Aís & Fernández Sánchez (2001:48) destacan las siguientes denominaciones: “community interpreting, ad hoc interpreting, contact interpreting, dialogue interpreting, three-cornered interpreting, public service interpreting, business negotiation interpreting”. En nuestro trabajo llamamos interpretación de enlace a la modalidad de mediación oral que permite que dos o más personas, presentes en la misma situación comunicativa, que no hablan la misma lengua se comuniquen.

Collados Aís & Fernández Sánchez (2001:48) definen esta modalidad de la siguiente manera:

Una primera caracterización general de la interpretación bilateral tendría que referirse a ella como la mediación oral que se realiza por un solo intérprete, en las dos direcciones, e inmediatamente después de cada una de las intervenciones de los interlocutores presentes en la situación comunicativa. El contacto directo, la bidireccionalidad y la dimensión interpersonal de la interacción cara a cara constituyen sus rasgos más distintivos.

En cuanto a la posición de los participantes y el intérprete, se recomienda una posición triangular: en el caso de la interpretación hospitalaria el intérprete debe de estar entre el paciente y el médico.

3.3.1.1 La interpretación telefónica

La interpretación telefónica es una variedad de interpretación remota que se lleva a cabo a través de una llamada telefónica. Esta llamada inicia una conversación en la que el doctor y el paciente se encuentran en la misma habitación, mientras que el intérprete se encuentra al otro lado del teléfono. Se trata de un servicio de interpretación caracterizado por la rapidez y por el número de lenguas que ofrece, mucho mayor que un intérprete presencial.

La interpretación telefónica nació en Australia, en el año 1973, como servicio gratuito para la población extranjera. En el año 1981, llegó a Estados Unidos y poco a poco fue incorporándose en el resto de países (Creeze, 2013:5). El primer servicio telefónico en el Reino Unido fue en año 1990. En el caso de España, la interpretación telefónica no llegó hasta el año 2004. Las incorporaciones más recientes de este servicio en la Comunidad Valenciana las encontramos en los hospitales de Xàtiva y Ontinyent (Valencia), que implantaron este servicio en el año 2010. En el año 2011 llega al Hospital de la Plana de Villarreal (Castellón).

Existen situaciones en las que, sin embargo, utilizando la interpretación telefónica pueden perderse detalles del lenguaje no verbal. Una de las dificultades que supone esta técnica es que el intérprete no ve lo que sucede. Por lo tanto, en esta situación, como expresa Angelelli (2008:48) “while the interpreter acts as the voice for both healthcare provider and patient, these two parties may also act as the eyes of the interpreter”.

3.3.2 Interpretación consecutiva

La interpretación consecutiva es la modalidad de interpretación que se realiza tras la intervención total o parcial del ponente. Mientras el ponente pronuncia su discurso, el intérprete toma notas. Esta modalidad requiere un entrenamiento previo de análisis, escucha y toma de notas.

Debido a que cierta información como fechas, números, nombres de enfermedades o resultados puede perderse en la memoria a corto plazo, la agilidad para la toma de notas es una habilidad imprescindible para el intérprete hospitalario, por lo que es recomendable que el intérprete lleve siempre consigo una libreta para anotar este tipo de información.

3.3.3 Interpretación simultánea

La interpretación simultánea es la modalidad de interpretación que se lleva a cabo mientras el ponente está hablando. Normalmente el intérprete trabaja desde una cabina insonorizada, escucha al ponente mediante unos auriculares e interpreta al mismo tiempo con un micrófono.

Esta es la modalidad utilizada por excelencia en la interpretación de conferencias. En el ámbito hospitalario, debido a las características y necesidades de la situación comunicativa, esta modalidad no se utiliza. Aunque Creeze (2013:47) describe una situación muy específica en la que sí que sería apropiado utilizar esta modalidad. Dicha situación se encuentra en la especialidad de salud mental, donde el comportamiento de los pacientes puede llegar a ser un problema para el intérprete, y a la vez, de suma importancia para el médico:

Sometimes clients can go on and on, expressing seemingly nonsensical thoughts. Such clients may talk non-stop and may not appear to make any sense. They may talk about pigs singing beautiful songs and voting for the conservative party in green underpants on tropical islands, drinking coffee from beer mugs. It is important that the interpreter interpret this stream of consciousness (any seemingly unconnected thoughts that come up) exactly as they are voiced. It may be best to interpret simultaneously, as it is difficult to interpret disorganized thinking consecutively, precisely because it does not make sense and is therefore difficult to remember. Interpreting thoughts accurately may offer the health professional important insights as to what is going on inside the client's mind.

Dentro de la interpretación simultánea distinguimos variantes como la interpretación susurrada (*chuchotage*) y la interpretación de relé (*relais*). En la primera el intérprete se sitúa detrás del interesado y le va susurrando al oído la interpretación. La segunda tiene lugar cuando la interpretación se realiza a través de una segunda lengua, es decir, no se realiza directamente del discurso original, sino de otra interpretación.

3.4 Conclusiones

Este capítulo ha tratado el desarrollo y demanda de la interpretación en los Servicios Públicos, llegando a la conclusión de que vivimos en una sociedad multicultural donde la probabilidad de que dos personas no compartan la misma lengua es muy alta. No obstante, muchas instituciones públicas todavía carecen de intérpretes para romper las barreras del idioma.

Por otro lado, hemos explicado las modalidades de interpretación, con una breve descripción de cada una de ellas.

Concluimos que, hoy en día, la interpretación presencial realizada por intérpretes *ad hoc* y la interpretación telefónica son las modalidades más utilizadas en los hospitales.

4. COMPETENCIAS DEL INTÉRPRETE SANITARIO

Tras haber dado una primera aproximación a la interpretación y sus modalidades, pasaremos al estudio de las competencias que un intérprete hospitalario profesional debe poseer.

4.1 Introducción

El proyecto MedInt (2008)² estableció las competencias necesarias de un intérprete con el fin de crear un puente de comunicación eficiente entre el personal médico y un paciente que no comparten la misma lengua, o que tengan un conocimiento limitado de esta. En dicho proyecto se recoge también lo que se consideró como diseño curricular, es decir, los componentes de la formación del intérprete sanitario. No obstante, debido a las limitaciones del presente estudio, nos centraremos tan solo en las competencias. MedInt define como competencias la combinación de aptitudes, conocimientos y comportamientos necesarios para poder desarrollar una tarea de interpretación bajo unas características y condiciones propias de la situación.

4.2 Competencias personales

En las competencias personales englobamos el conocimiento del sistema nacional de salud propio de las lenguas de trabajo (competencia que desarrollaremos en el siguiente capítulo). Asimismo englobamos un conocimiento básico de medicina (términos, procedimientos, etc.). A la vez, el intérprete debe ser capaz de aceptar críticas, saber sus puntos fuertes y débiles y reconocer la necesidad de seguir formándose en el ámbito médico.

4.3 Competencias profesionales

Por un lado, cuando hablamos de competencias profesionales nos referimos a los servicios que un intérprete profesional debe prestar:

- Una interpretación adecuada.
- Distintas modalidades de interpretación, incluyendo la toma de notas (ver epígrafe 3).
- Identificación y resolución de problemas de interpretación.
- Calidad.

Por otro lado, dentro de las competencias profesionales se incluye también:

² El proyecto MedInt (2008) está formado por las siguientes universidades: Universidad de Graz, Universidad de Mainz, Universidad de Garmersheim, Universidad de Ljubliana, Universidad de Tampere, KAGes y ZEBRA.

- Conocer el código ético profesional (ver epígrafe 6).
- Conocer el papel del intérprete (ver epígrafe 7).
- Adaptarse al desarrollo de la profesión y estar en formación continua.
- Conocer las tarifas, condiciones de trabajo y responsabilidades.
- Saber trabajar bajo estrés, con expertos y en equipo, incluyendo la posibilidad de trabajar de manera *on-line* o telefónica.
- Ser capaz de reconocer la necesidad de ayuda o consejo.

4.4 Competencia lingüística

La competencia lingüística es el dominio y entendimiento de las lenguas A (lengua materna) y B (primera lengua extranjera) en todos sus niveles (gramática, lexicológico, terminológico y fraseológico). El proyecto MedInt propone para la lengua B, como mínimo, un nivel C1.

Además, Creeze (2013:33) añade que aquellos intérpretes que trabajen con el inglés, ya sea lengua A o lengua B, necesitan tener un conocimiento básico de dos lenguas más: el latín y el griego, pues la terminología médica tiene sus orígenes y sigue estando muy influenciada por estas dos lenguas. Las raíces, sufijos, prefijos y verbos, entre otros elementos, a menudo indican una parte o posición en el cuerpo, una enfermedad o condición, tamaño, estado o color (Creeze, 2013:34-40).

4.5 Competencia cultural

Conocer todos los aspectos culturales de ambas lenguas de trabajo es un requisito imprescindible para el intérprete. Dentro de esta competencia incluimos también:

- Conocimiento de los aspectos no verbales (ver epígrafe 8).
- Utilización del registro adecuado.
- Saber describir, evaluar y resolver los posibles problemas culturales.
- Reformular, parafrasear, reestructurar y condensar la información más esencial.

4.6 Competencias de las tecnologías de la comunicación

Las competencias informáticas que un intérprete debe poseer son las siguientes:

- Conocimiento de programas terminológicos.
- Estrategias de documentación, identificando la fiabilidad de los recursos utilizados.

- Adaptarse a la evolución de las tecnologías de la comunicación.

4.7 Conclusiones

Para poder atravesar de manera adecuada la barrera lingüística y cultural, el intérprete debe contar con las competencias, conocimientos y aptitudes mencionadas en el presente capítulo.

A continuación, en los siguientes capítulos, teniendo en cuenta la extensión del trabajo, desarrollaremos las competencias que consideramos más relevantes.

5. SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

El presente capítulo ofrece un resumen de los modelos de gestión de sanidad de los países que nos interesan: España y el Reino Unido.

Como se ha explicado en el epígrafe 4, conocer los principales rasgos de la organización y las características más significativas del Servicio de Salud de la comunidad en la que se trabaja es una de las competencias del intérprete profesional. Por lo tanto, también mencionaremos las características más significativas del Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana, pues es la comunidad en la que nos encontramos.

5.1 Ámbito español y ámbito anglosajón

A continuación, ofrecemos una tabla comparativa de los modelos de gestión de sanidad español y británico, realizada a partir de los datos del Sistema Nacional de Salud (2012) del Gobierno de España y del Departamento de Salud (2013) del *National Health Service (NHS)*, Inglaterra.

Tabla 3 Modelos de gestión de sanidad de España y del Reino Unido.

ÁMBITO ESPAÑOL	ÁMBITO ANGLOSAJÓN
La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos.	El <i>NHS</i> se introdujo en el Reino Unido en el año 1948, fue la primera organización del mundo basada en la obligación de ofrecer un servicio de salud gratuito para toda la población, sin tener en cuenta los ingresos de cada uno.
Población cubierta	
España. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad los extranjeros pueden recibir asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, asistencia al embarazo, parto, puerperio y si son menores de edad.	Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Todas las personas tienen acceso gratuito a los servicios de emergencias excepto aquellos que estén hospitalizados más de una noche y sean ciudadanos de un país que no tenga acuerdo sanitario con el Reino Unido.
Organización del Sistema de Salud	

<p>El Sistema Nacional de Salud español se divide en dos niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia Primaria: médicos de familia, pediatras, enfermeros, personal administrativo, trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. • Asistencia Especializada: centros de especialidades y hospitales. 	<p>El Sistema Nacional de Salud británico se divide en tres niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención Primaria: médicos de cabecera, farmacéuticos, oftalmólogos y odontólogos. • Atención Secundaria: tratamientos y cuidados adicionales. • Atención Terciaria: trasplantes de corazón e hígado, tratamientos oncológicos y craneofaciales.
Prestaciones del Sistema Nacional	
<ul style="list-style-type: none"> -Servicios preventivos. -Hospitalización de pacientes. -Diagnósticos. -Rehabilitación. -Servicios terapéuticos. -Servicios de promoción y mantenimiento de la salud. -Prestación farmacéutica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Servicios preventivos. -Hospitalización de pacientes. -Servicio ambulatorio. -Rehabilitación. -Atención odontológica. -Atención de salud mental y discapacidades de aprendizaje. -Administración de medicamentos. <p>Además, el Sistema Nacional de Salud británico ofrece servicios de interpretación y traducción en numerosas áreas del país.</p>

5.2 La Comunidad Valenciana

El proceso de descentralización autonómica en España lleva asociada la transferencia de aquellas competencias que las Comunidades Autónomas pueden gestionar más eficaz y eficientemente que el Estado (Urbanos Garrido & Ultrilla de la Hoz, 2000:2). La Comunidad Valenciana, en 1987, asumió competencias plenas en la gestión de la sanidad pública, y desde ese momento, es la Agencia Valenciana de Salud (AVS) quien lleva a cabo la gestión y administración del Sistema Valenciano de Salud y de la prestación sanitaria en la Comunidad Valenciana.

La AVS atiende a unos cinco millones de habitantes. Esta demanda tan alta ha llevado a optimizar las Tecnologías de la Información y Comunicación, así como los

servicios de interpretación telefónica, que como ya hemos citado en el apartado 3.3.1.1, se han ido implantando poco a poco en los hospitales valencianos. Sin embargo, con los recortes presupuestarios recientes, se ha prescindido de los servicios de interpretación en muchos hospitales públicos valencianos, al considerarlos “secundarios” dentro de la sanidad, ya que todo lo que no es estrictamente médico no se considera esencial.³

5.3 Conclusiones

En el presente capítulo se han tratado las características más relevantes del Sistema Nacional de Salud español y británico. Ambos sistemas cuentan con amplias prestaciones gratuitas para la población cubierta por dichos sistemas, además, el anglosajón incluye servicios de traducción e interpretación.

³ Información proporcionada por la Dirección de Atención al Paciente de un hospital público de Valencia.

6. CÓDIGO ÉTICO DEL INTÉRPRETE SANITARIO

Cada asociación profesional de intérpretes dispone de su propio código ético con el fin de asegurar tanto la buena ejecución y calidad del servicio, como la protección de los intérpretes y el reconocimiento de la profesión.

6.1 Asociaciones

Algunos de los códigos éticos más relevantes a nivel internacional los encontramos en las siguientes asociaciones:

- AUSIT (Australian Institute of Interpreters and Translators).
- CHIA (California Healthcare Interpreters Association).
- NCICH (National Council for Interpreting in Health Care, Estados Unidos).

6.2 Principios generales

Los puntos más relevantes en los que coinciden los códigos éticos de las existentes asociaciones de intérpretes son los siguientes:

- Funciones: el intérprete es consciente de cuáles son sus obligaciones y debe comunicarlas con claridad a los participantes; funciones como aconsejar o explicar quedan excluidas.
- Confidencialidad: el intérprete garantiza total confidencialidad y entiende la necesidad de esta.
- Imparcialidad: el intérprete transmite fielmente la información sin tomar partido por ninguna de las partes y no acepta un caso en el que no puede ser imparcial.
- Exactitud: el intérprete transmite fielmente la información sin omitir, añadir o alterar información.
- Formación: los intérpretes profesionales se encuentran siempre en continúa formación.

6.3 Conclusiones

A diferencia de los intérpretes no profesionales, los profesionales están obligados a seguir las pautas del código ético. Por lo tanto, trabajar con un intérprete no profesional no garantiza ninguno de los aspectos que acabamos de mencionar.

7. EL PAPEL DEL INTÉRPRETE HOSPITALARIO

Los intérpretes han sido desde siempre los encargados de establecer un canal seguro y fiable de comunicación. Angelelli (2008:7) comenta que el papel desempeñado por los intérpretes en un encuentro bilingüe puede ser muy distinto, dependiendo de si el intérprete actúa como bróker, identificando las necesidades de los hablantes de la lengua minoritaria, o como *gatekeeper*, alineándose con los hablantes de la lengua dominante:

[...] interpreters may help minority-language speakers to explore possibilities, thereby channeling opportunities for them. [...] Alternatively, interpreters may focus on the message only, disregarding how it is socially constructed by each of the parties involved in the conversation. Another possibility is that interpreters may align dominant speakers without helping them gain access to it. This last possibility positions interpreters as gatekeepers rather than opportunity channels.

Navaza et al. (2009: 142-143) *apud* Requena Cadena (2010:28) remarca, además, un aspecto interesante de los mediadores del ámbito sanitario:

Los mediadores interculturales de los servicios sanitarios suelen asumir otras tareas además de la interpretación. En la mayor parte de los casos, suele tratarse de actividades relacionadas con la sensibilización, la formación o la orientación. La formación de estos mediadores es heterogénea y no está necesariamente vinculada con los estudios de traducción e interpretación.

Angelelli (2008) realizó un estudio⁴ y llegó a la conclusión de que los intérpretes pueden llegar a ser visibles y a convertirse en un miembro y participante más del encuentro. Por lo tanto, para ella existen dos tipos de intérpretes: el intérprete invisible y el intérprete como co-constructor (Angelelli 2008:7-8), este último se hace visible mediante modificaciones, paráfrasis y facilitaciones para que la conversación fluya.

7.1 La invisibilidad del intérprete

Si tenemos en cuenta la invisibilidad del intérprete, no consideramos a éste como un participante más en la conversación, sino como una persona que rompe la barrera del idioma. Para Angelelli (2008:8) solo existe un único mensaje y no existe modificación possible; el concepto de invisibilidad implica lo siguiente:

[...] (1) no interaction between interpreters and speakers (by limiting the interpreters' participation to language switching); (2) no interaction between speakers themselves; and (3) interpreting can occur in a social vacuum since it overlooks social and cultural factors brought to the interaction by the interpreters and the two speakers.

7.2 La visibilidad del intérprete

Siguiendo con el estudio de Angelelli (2008:11), la visibilidad del intérprete se entiende de la siguiente manera:

Visibility manifests itself when interpreters do one or more of the following: introduce or position the self as a party to the ICE [interpreted communicative event], thus becoming co-participants and co-constructors; set communication rules (turn-taking) and control the traffic of information; paraphrase or explain terms or concepts; slide the message up and down the register scale; filter information; align with one of the parties; and replace one of the parties to the ICE.

⁴ Claudia V. Angelelli permaneció veintidós meses en un hospital de California observando el comportamiento del equipo de intérpretes del hospital (equipo compuesto por diez intérpretes), y recogió datos de 392 situaciones en las que se requirió el servicio de interpretación.

La visibilidad y la participación del intérprete pueden ser necesarias en alguna ocasión, como a la hora de facilitar cierta información cultural, que como veremos en el siguiente capítulo, la comunicación no verbal y los aspectos culturales pueden dar lugar a malentendidos.

7.3 Conclusiones

El intérprete hospitalario se encuentra físicamente en el lugar del encuentro, por lo tanto, su visibilidad se manifiesta durante toda la situación comunicativa. El intérprete de este ámbito se caracteriza por controlar los turnos de intervención de cada participante y por atenuar las diferencias culturales que puedan ocasionarse durante el encuentro.

Como estudiaremos a partir del material audiovisual, una visibilidad extrema del intérprete implica asumir un papel y funciones que no corresponden al intérprete, y esto, puede traer consecuencias negativas para el intérprete.

8. LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Como acabamos de mencionar en el apartado anterior, la visibilidad del intérprete puede ser necesaria cuando en el encuentro comunicativo existen diferencias culturales importantes. Por este motivo dedicamos un capítulo a abordar la importancia de la cultura y la comunicación no verbal.

8.1 Cultura

Antes de adentrarnos en la comunicación no verbal, nos vamos a detener en el concepto de cultura, pues la comunicación no verbal varía entre culturas. Existen numerosas definiciones de cultura. Entre ellas destaca la del antropólogo inglés Edward Burnett, quien define la cultura como “that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society.” Otros autores, como Boas o Helman, también coinciden en señalar que la cultura está condicionada tanto por el ambiente social como geográfico.

Las creencias culturales influyen en algunas de las decisiones de nuestra vida, como en la familia, en la educación, y por supuesto, también en la salud. Como menciona Creeze (2013:26), cuando se trata de temas de salud, incluso aquellas personas que llevan viviendo en otro país largos periodos de tiempo vuelven a las creencias y comportamientos culturales propios de su país de origen. Y, dado que la tendencia humana es pensar que nuestras creencias y comportamientos son los “normales”, y que, por lo tanto, todos compartimos la misma manera de pensar y de actuar, es aquí donde el intérprete debe ser consciente de las situaciones en las que las diferencias culturales pueden ocasionar malentendidos y/o falta de confianza.

8.2 Aspectos no verbales que influyen en la comunicación

En cualquier proceso de comunicación se intercambian factores no verbales. Dependiendo de la cultura, y también del contexto en el que se desarrolle el encuentro intercultural, los factores no verbales poseen distintos significados.

A continuación, mencionaremos los aspectos más importantes que influyen en la comunicación (Requena Cadena 2010:26-27):

- El contacto visual es uno de los aspectos no verbales más difíciles de entender culturalmente, su significado varía dependiendo de la situación. En algunas culturas/situaciones mirar a los ojos es sinónimo de interés, mientras que desviar la mirada se entiende como vergüenza. En otras,

mirar a los ojos se entiende como desafío, y el desvío de la mirada muestra respeto.

- Cercanía física: en algunas culturas la proximidad física puede entenderse como una invasión del espacio personal. Y tanto el acercamiento del uno, como el retroceso del otro, pueden originar malentendidos y/o una situación incómoda.
- El contacto físico es muy importante. Hay que tener en cuenta tanto si el contacto físico es aceptable por la otra cultura o no, como las zonas que se tocan, la intensidad y la duración de esta.
- La expresión facial y los gestos también resultan muy importantes para el desarrollo de la comunicación, pues no son internacionales y no siempre coinciden en otras culturas.
- Otros aspectos que se deben tener en cuenta: posturas, posición de las manos y manera de vestir.

Debido a las existentes diferencias culturales en la comunicación no verbal sería conveniente que los intérpretes, antes de entrar en la consulta, pudieran alertar a los médicos y a los pacientes de cualquier aspecto cultural relevante para que estos lo tuvieran en cuenta, y así poder evitar posibles malentendidos. No obstante, en la práctica, debido a la falta de tiempo, no suelen realizarse *pre-briefings* y *de-briefings*. Como indica Creeze (2013:30), “once the health professionals become aware of the impact of cultural beliefs in relation to sickness and health, they may start to value the interpreter’s cultural knowledge more”.

8.3 Conclusiones

La manera de transmitir el mensaje incluye aspectos de la comunicación no verbal. Cuando se trata de culturas distintas, los aspectos paralingüísticos tienen un papel muy importante en la comunicación. Para interpretar se necesita mucho más que el idioma: poseer conocimientos de ambas culturas es un requisito indispensable para mediadores e intérpretes.

9. ELABORACIÓN Y ANÁLISIS DEL MATERIAL AUDIOVISUAL

Tras haber tratado a lo largo del estudio los puntos relevantes e imprescindibles que un intérprete hospitalario debe dominar, nos encontramos con el objetivo final del trabajo: la elaboración de material audiovisual para el aprendizaje de la interpretación hospitalaria.⁵

La salud es un área muy amplia y compleja. Por lo tanto, la formación del intérprete en el ámbito hospitalario puede suponer un reto. El principal reto que menciona Creeze (2013:7) es “to give aspiring student health interpreters enough information to empower them, setting them off on a path of effective lifelong development, without confusing and undermining them”.

Además, Creeze (2013:7) sostiene que “miming, drawing cartoons and stories are very powerful and consolidate the drier point of learning”. Por este motivo hemos extraído situaciones reales, para motivar al estudiantado y poder acercar la formación del intérprete a la realidad profesional.

A la hora de seleccionar el material audiovisual hemos escogido el *reality* británico *Sun, Sea and A&E*,⁶ grabado en los hospitales de Mallorca e Ibiza, ya que dicho *reality* muestra la realidad de un hospital español que trata continuamente con pacientes que no hablan español y que necesitan los servicios de interpretación. Además, la combinación lingüística es de nuestro interés: inglés – español.

Para la creación del material audiovisual hemos visualizado tres episodios del *reality* mencionado. A continuación, hemos elaborado unas fichas con los detalles de cada caso, para poder así seleccionar las escenas que presentan un mayor interés didáctico.⁷

En los vídeos se ha puesto el contexto de cada caso para que los alumnos vean casos reales a los que se enfrenta un intérprete y cuáles son o deberían ser sus funciones en cada caso, sean conscientes de la gran variedad de acentos a los que se pueden enfrentar, observen las condiciones en las que se encuentran los pacientes que necesitan servicio de interpretación y los retos que estas condiciones pueden suponer.

9.1 Vídeo 1: El papel del intérprete

La primera propuesta es un vídeo en el que aparecen tres intérpretes.

⁵ El material audiovisual elaborado se encuentra en el CD adjunto.

⁶ *Reality* emitido en Sky Livingit, en la cadena británica Channel 4.

⁷ Las fichas elaboradas se encuentran adjuntas en el apartado Anexos.

9.1.1 Intérprete y médica frustrada

Gill es la única intérprete del Hospital General de Muro (Mallorca). En el minuto 01:10 explica su papel ante las cámaras:

—*My role, obviously, is to ensure that when the British people come through the door they have everything they need, they feel that they can be understood, and I can explain in lay terms to people what's happening.*



Ilustración 1: Gill, intérprete del Hospital General de Muro, Mallorca.

Habiendo estudiado el papel del intérprete en el ámbito hospitalario, vemos que, como decía Navaza *et al.* (2009: 142-143) *apud* Requena Cadena (2010:28), el papel que esta mujer asume es de mediadora intercultural, y además de la interpretación, desempeña otras tareas.

9.1.2 Welfare Officers

Vivienne Lorentzon se presenta en el minuto 04:08 como *Welfare Officer*.

Según el protocolo de intervención de la AVS el trabajador social hospitalario es un apoyo de las acciones médico-sanitarias, cuyas principales funciones son: hacer más accesible la relación entre el enfermo/a, la familia y la institución hospitalaria; informar y orientar al enfermo/a y familia sobre recursos sociales, trámites...; y asesorar y mediar ante situaciones de conflicto (Fernández Herrero, Fuster Ribera, Illa Lahuerta & López Sanmiguel, 2012:7). En ningún momento se incluye la tarea de interpretación como función del trabajador social.

Vivienne, a pesar de presentarse como trabajadora social, realiza tareas de un intérprete. Y, al no ser intérprete profesional, no trabaja como tal: no se presenta, interpreta en tercera persona y es ella quien realiza las preguntas.



Ilustración 2: Vivienne, trabajadora social de la Clínica Juaneda, Mallorca.

Además, en el minuto 05:08, Vivienne empieza una conversación paralela con el paciente estando el médico presente sin informar al médico sobre la conversación. Un intérprete profesional, sujeto a un código ético, nunca empezaría una conversación paralela, ni delante ni sin la presencia del médico.

A partir del minuto 05:30 nos encontramos con el último caso del primer vídeo propuesto: un hombre de 39 años que ha dormido en el suelo y le duele todo el cuerpo, no puede apenas moverse.

Primero, Vivienne visita a solas al paciente para hacerle preguntas sobre su estado y para obtener información sobre el motivo por el cual ha acudido al hospital. ¿Es esta una función del trabajador social o debería el médico, a través del intérprete, obtener dicha información? En este caso, Vivienne adopta el papel del médico.

A continuación, en el minuto 07:30, el Dr. Francisco, a pesar de haber sido llamado por Vivienne, y ser esta una de las personas que realiza de intérprete en la Clínica Juaneda (Mallorca), aparece a solas y se origina un malentendido entre el paciente (Steve) y el doctor: el paciente cree que las preguntas que le intenta realizar el doctor es en realidad su diagnóstico.

—Dr. Francisco: *Steve, illness chronic, high [incomprensible] pressure, asthma, diabetes, cholesterol?*

—Steve: *Have I?*

—Dr. Francisco: *You, you.*

—Steve: *Have I? Oh, no, no. I have none of that, no.*



Ilustración 3: Doctor visitando al paciente sin intérprete.

En el minuto 08:10 interpreta Debbie Crediton-Hughes, otra trabajadora social de la Clínica Juaneda, que trabaja exactamente de la misma manera que Vivienne.

Para empezar, el médico tampoco sabe cómo trabaja ni cómo trabajar con una intérprete profesional, pues dice “dile que tiene dos hernias”. Y, además, a pesar de la frase tan escueta que le dice el doctor, Debbie le da más información, entre ello aclaraciones y recomendaciones:

—*You have two discal hernias. You know the bones are sort of eroding, they are wearing away a little bit and you have got this pinched anxial nerve, which is why you are having so much pain. The best thing to do is let the doctors take a closer look at home. You mustn't lift any weight, no strange movements, take it very easy.*



Ilustración 4: Debbie, trabajadora social de la Clínica Juaneda, Mallorca.

Por último, señalamos que en el minuto 06:35, el paciente, quien está sufriendo un ataque nervioso y no puede parar de temblar, demuestra la necesidad de un intérprete diciendo lo siguiente: “See if you can get a fucking translator and say that I need some painkillers”. Y, en el minuto 07:14, una de las enfermeras españolas, entendemos (por los movimientos que realiza) que le dice al

paciente en inglés que respire lento y profundo: “proof slowly, proof, proof, very proof”.

9.1.3 Conclusiones Vídeo 1

Por un lado, siguiendo con la distinción de Angelelli (2008:11) mencionada en el epígrafe 7, vemos que las tres intérpretes son extremadamente visibles:

- Visitan a los pacientes sin el médico.
- Asumen un papel que no les pertenece: en ocasiones de médico, en ocasiones de intérprete.
- Se incluyen entre uno más de los doctores.
- A menudo son las intérpretes, y no el médico, quien realiza las preguntas.
- Establecen conversaciones paralelas con los pacientes.

Por otro lado, ninguna de las intérpretes sigue el código ético que un intérprete profesional debería seguir: aconsejan, dan explicaciones y añaden información. Y tampoco utilizan la primera persona como utilizaría un intérprete profesional y cualificado:

- 02:55 “He wants you to...”
- 03:03 “You have to continue taking them for the time, he says”.
- 04:42 “What Dr Castillo says is...”

9.2 Vídeo 2: La presencia del intérprete

Como segundo vídeo proponemos el caso de un joven diabético de 16 años que está de vacaciones en Mallorca sin los padres cuando sufre una complicación con su enfermedad y le diagnostican acidosis metabólica. El joven es tratado en el Hospital General de Muro. Como hemos visto en el Vídeo 1, Gill es la única intérprete del hospital.

En el vídeo se muestra una clara falta de comunicación entre el paciente y los médicos, una diferencia cultural médica y, además, se demuestra que cuando el intérprete asume un papel que no le corresponde se exponen a consecuencias legales e incluso penales.

9.2.1 Falta de comunicación

En primer lugar, en el minuto 01:03, sin explicarle al paciente qué procedimiento se le va a realizar, las enfermeras intentan introducirle un catéter por uno de los orificios nasales, pero no saben cómo indicarle qué debe de hacer.

—Enfermera: ¿Cómo se dice “tragar” en inglés?

—Persona 1: ¿”Tragar” qué es?

—Enfermera: Como beber.

—Persona 1: *Drink*.

—Enfermera: *Drink it. You drink it, ok?*

Es necesario, *ok? Drink it!*

—Paciente: *Drink what?*

A continuación, en el minuto 02:51, la acompañante del paciente le pregunta a este si las enfermeras le han dicho lo que sucede. Este no sabe nada y la amiga responde:

—*We are gonna try to find more things out.*
[...] *You are gonna be referred to the Intensive Care.*

Es decir, ni el paciente ni la acompañante saben realmente qué sucede ni qué tratamiento o procedimiento va a seguir el paciente, tan solo saben que le van a trasladar a Cuidados Intensivos.



Ilustración 5: Enfermeras trabajando sin intérprete.



Ilustración 6: Paciente y acompañante sin saber qué sucede.

9.2.2 Diferencia cultural

En el minuto 04:03, nos encontramos con una diferencia cultural de procedimiento médico. La madre cuenta los procedimientos que le suelen hacer a su hijo cuando tiene alguna complicación con la enfermedad y dice: “These procedures are not done in England. [...] This is really serious, more than normal”.

Este es un aspecto muy importante tanto para el paciente, para el médico, como para los familiares. Como tratábamos en el epígrafe 8, consideramos “normal” aquello a lo que estamos acostumbrados. En este caso, al ser un procedimiento nuevo y totalmente desconocido para este paciente, si no contamos con un intérprete que rompa adecuadamente las barreras del idioma entre el paciente y el médico, y se puedan así realizar las aclaraciones necesarias, los pacientes y familiares pueden llegar a pensar que los médicos no conocen el procedimiento correcto, pueden asustarse al ser sometidos a algo distinto a lo usual, e incluso llegar a cuestionar el procedimiento y desconfiar del mismo.

Además, en este caso, ya hablamos de una situación cargada de estrés: conseguir el pasaporte de un día para otro, coger un avión y gastar dinero en taxis y aviones. Son situaciones que de normal ya crean estrés, y si además le sumamos el hecho de que el

hijo está ingresado en un hospital extranjero donde no se habla la misma lengua, la situación empeora.

9.2.3 Consecuencias de asumir un rol distinto

Hasta el minuto 04:51, cuando el paciente ya ha sido sometido a todos los procedimientos y ya ha salido de Cuidados Intensivos, no aparece Gill, pues es la única intérprete del hospital y no da abasto. Y, una vez más, llega para realizar tareas que no le corresponden: visita al paciente a solas y le lleva la comida.

Y es en el minuto 05:36 cuando empieza a originarse un problema. El paciente se marcha sin el consentimiento del médico, y, esto puede poner a la intérprete del hospital en un problema serio, pues los pacientes no pueden abandonar el hospital sin el permiso oficial; además, hablamos de un menor de edad.

Si la intérprete fuese profesional, las consecuencias de que el paciente abandone el hospital no recaerían sobre ella, pues el médico es el responsable de que la información llegue de manera correcta al paciente, y los intérpretes profesionales trabajan siempre en presencia de estos y se limitan a interpretar lo que dicen.

9.2.4 Conclusiones Vídeo 2

En el Vídeo 2 hemos estudiado un caso de falta de comunicación, en el que el paciente es sometido a procedimientos totalmente nuevos y desconocidos, sin ser informado de qué le están realizando.

Al igual que en las propuestas del Vídeo 1, la intérprete es extremadamente visible. Además, con este vídeo demostramos que asumir un rol que no corresponde puede traer consecuencias legales.

10. CONCLUSIONES FINALES

Con el fin de facilitar la lectura del estudio y la relación entre los apartados, hemos añadido en cada apartado unas conclusiones.

Para concluir el presente estudio, recordaremos las observaciones extraídas del material audiovisual que hemos elaborado. Asimismo, comprobaremos si hemos logrado los objetivos expuestos en la introducción, relacionaremos el trabajo con los conocimientos adquiridos en la carrera y finalizaremos con las perspectivas de futuro.

a) Reflexiones sobre los resultados

A partir del marco teórico y de las observaciones del material audiovisual, concluimos que:

- El personal que realiza las tareas de interpretación en los hospitales de los vídeos no son intérpretes cualificados. Se trata de personal británico con conocimientos de medicina, aptos para realizar también tareas desempeñadas por enfermeros.
- Hablamos de intérpretes extremadamente visibles, que toman parte en el proceso de comunicación haciendo preguntas, aconsejando y proporcionando opiniones personales. En ocasiones, adoptan el papel de médico dejando a este en segundo plano y asumen que la interacción es entre el paciente y ellas.
- Dichas intérpretes no siguen ningún código ético y desconocen el papel de un intérprete profesional.
- En cuanto a las competencias, las tres intérpretes que hemos observado poseen las competencias lingüísticas necesarias, y también las personales, pues han demostrado conocer el sistema nacional de salud propio de las lenguas de trabajo, las lenguas, y un conocimiento muy amplio de medicina. Suponemos que al tratarse de personal británico deben conocer los principales aspectos culturales de la lengua inglesa. Pero dentro de la competencia cultural englobamos aspectos que sin una formación previa no se pueden adquirir. Asimismo, en los vídeos se demuestran que carecen de competencias profesionales.

Con lo expuesto, hemos conseguido nuestro objetivo principal: hemos elaborado material audiovisual para acercar al alumnado a la realidad profesional con el fin de que este sea consciente de cómo es la realidad, y que sea consciente de que realizar tareas que no forman parte del papel del intérprete puede traer serios problemas.

Con el presente trabajo pretendemos justificar también la necesidad de intérpretes profesionales, pues como hemos observado se le otorgan a los intérpretes funciones que nada tienen que ver con su papel: seguimiento de los pacientes, detección del problema, facilitación de información referente al sistema sanitario y legal, entre otros. Esta confusión de roles se debe, en parte, a una mala organización de los hospitales. Hablamos de hospitales que trabajan continuamente con distintas lenguas, por lo tanto, desde nuestro punto de vista, estos hospitales deberían contar, por un lado, con personal bilingüe que actúe de trabajador social y haga accesible la relación entre el paciente y la institución hospitalaria, que asesore e informe al paciente de los procedimientos hospitalarios que este deba saber; y, por otro lado, con intérpretes profesionales y cualificados que se limiten a romper/atravesar las barreras del idioma.

b) Relación del trabajo con los conocimientos adquiridos en la carrera

En el último curso del Grado Traducción e Interpretación de Idiomas nos decantamos por el itinerario de interpretación. En las asignaturas de dicho itinerario hemos profundizado en las modalidades de interpretación. Además, contamos también con la asignatura Mediación Intercultural e Interpretación en los Servicios Públicos: asignatura que se divide en el ámbito sanitario y ámbito judicial. Como creemos que se ha podido demostrar con el presente trabajo, tenemos un interés personal en la interpretación en el ámbito sanitario.

Gracias a los conocimientos adquiridos en estas asignaturas, hemos podido analizar y seleccionar casos que presenten utilidad e interés didáctico. Asimismo, estos conocimientos han sido la base para adentrarnos en el mundo de la interpretación hospitalaria.

c) Intereses futuros

Nuestro mayor interés para el futuro es seguir formándonos en la interpretación sanitaria y adquirir todas las competencias necesarias para poder aventurarnos de manera profesional en el mundo de la interpretación hospitalaria, un mundo que nos parece fascinante dada la dificultad que supone interpretar a pacientes que pueden encontrarse en condiciones y estados muy variados.

Asimismo, consideramos la posibilidad de seguir estudiando e investigando este ámbito, un campo en el que todavía nos queda mucho por descubrir.

11. BIBLIOGRAFÍA

ABRIL MARTÍ, M.I. (2006). *La interpretación en los Servicios Públicos: caracterización como género, contextualización y modelos de formación. Hacia unas bases para el diseño curricular*. (Tesis doctoral). Disponible en el Repositorio Institucional de la Universidad de Granada (16235320.pdf)

Agència Valenciana de Salut. *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*, 2012. Generalitat Valenciana. Recuperado de http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Protocolos_intervencion_TS_centros_hospitalarios.pdf

ANGELELLI, C.V. (2008). *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Nueva York: Cambridge University Press.

Antropología, Transmisión Cultural, Educación (Social). (2013). *Definiciones de cultura*. < <http://antropologies.wordpress.com/2013/10/13/definiciones-de-cultura/#>>

CABRERA, G. (2014) Interpretación telefónica. <interpretaciontelefonica.wordpress.com/about/>

Centros hospitalarios. (s.f.) *La interpretación social en los servicios públicos*. <interpretacionsocial.wordpress.com/descifrar-el-codigo/centros-hospitalarios/>

COLLADOS AÍS, A. & Fernández Sánchez, M. M. (2001). *Manual de interpretación bilateral*. Granada: Comares.

CREEZE H. M., I. (2013). *Introduction to healthcare for Interpreters and Translators*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Department of Health. *The NHS Constitution*, 2013. England. Recuperado de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/170656/NHS_Constitution.pdf

El Mundo (2013). *La salud valenciana: ni apocalíptica, ni integrada*. <www.elmundo.es/elmundosalud/2013/02/08/noticias/1360314102.html>

Generalitat Valenciana. *Sistema sanitario público valenciano: recursos*. Recuperado de http://www.san.gva.es/documents/153218/167583/07_Sistema_San.pdf

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Sistema Nacional de Salud*, 2012. España. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>

GONZALEZ, M. (2013). Dicho de otra forma. *Intérpretes en situaciones extremas: la interpretación telefónica*. <dichodeotraforma.blogspot.com.es/2013/03/interpretacion-telefonica.html>

JIMÉNEZ IVARS, A. (2002). Variedades de interpretación: modalidades y tipos. *Hermēneus. Revista de Traducción e Interpretación*. Castellón: Universidad Jaume I.

Just Landed. (s.f.) *La salud pública en el reino Unido*. <www.justlanded.com/espanol/Reino-Unido/Guia-Reino-Unido/Salud/El-Sistema-Nacional-de-Salud>

Just Landed. (s.f.) *Números de emergencias, médicos y ambulancias*. <www.justlanded.com/espanol/Reino-Unido/Guia-Reino-Unido/Salud/Emergencias>

La Opinión. (2014). *Pacientes sin intérpretes están entre la vida y la muerte*. <<http://www.laopinion.com/falta-interpretes-medicos-pacientes-entre-vida-y-muerte>>

MedInt: Development of a Curriculum for Medical Interpreters. 2008. Summary Report: Workpackage 6. University of Ljubljana. Recuperado de http://www.uni-graz.at/wp6_curriculum_final.pdf

NAVAZA, B. (2014). Centro Virtual Cervantes. *Sociedad multicultural y demanda de traducción e interpretación: necesidades y carencias actuales*. <cvc.cervantes.es/lengua/tices/navaza.htm>

NHS choices. (2013). The NHS in England. <www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>

REQUENA CÁDENA, R. (2010). *La relevancia del origen cultural del mediador/intérprete en los servicios públicos españoles: el caso de la comunidad china*. (Master Universitario Europeo en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos). Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares.

SALES SALVADOR, D. (2006). *Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana y en la región de Murcia*. (Volumen monográfico). Universidad Jaume I, Castellón.

URBANOS GARRIDO, R. M. & Ultrilla de la Hoz, A. (2002). *Descentralización sanitaria y financiación autonómica: incidencia en el período 1997-200 y escenarios alternativos para el período 2002-2006*. Universidad Complutense de Madrid.

Wikipedia. (2014). *Edwart Burnett Tylor*. <http://en.wikipedia.org/wiki/Edward_Burnett_Tylor>

12. ANEXOS

a) Fichas elaboradas para la selección del material audiovisual

Sun, Sea and A&E s01 e01

00:30 Interpreter: "broken leg, heart attack, strokes, anything you think of"

02:10 Every summer season hospitals here see the patients' number is more than double with hundreds of British patients going throw A&E area every week. (Accident and Emergency)

04:36 Interpreter: the only British person who works at hospital

04:45 La intérprete explica su labor: asegurarse de que cuando un extranjero entra en el hospital tenga todo lo que necesite, se sientan entendidos y explicarles todo lo que les sucede

39:50 Explica un poco cómo funciona.

02:35 a 17 year old boy has been attacked by a group of British lads at the end of a night out.

-En la sala de espera, el chico y sus amigos cuentan qué le ha pasado.

11:16 Amigos

11:37 El doctor habla inglés: The jaw is broken, you need to be operated.

-What does the operation involve?

-El doctor contesta muy escueto.

15 mandíbulas rotas en todo el verano, 2 o 3 pacientes cada noche por peleas

12:53 Doctor cuenta cómo se rompe la mandíbula

24:45 Amigos opinan.

34:28 Sus padres van a venir.

39:00 Ya le han operado.

05:00 hombre 46 años, infección en el brazo por picadura

-El hombre cuenta lo que le ha dicho el médico que le ha atendido fuera del hospital.

-Es la cuarta vez que le sucede esto,

cuenta una de las experiencias anteriores.

-La intérprete explica el proceso para curarlo y el tratamiento que le están dando y el que tendrá que seguir.

38:10 Explica lo que le ha dicho el doctor.

Mujer e hija van a visitarle.

Intérprete. Pregunta y tratamiento.

NO INTERPRETA

09:40 chico escocés:

quemadura de sol

Parece no entenderse con la chica que está en recepción

En la sala de espera cuenta lo que le pasa

10:10 La enfermera habla en inglés, le pregunta cómo ha ocurrido.

13:30 No entienden a los médicos

14:30 Enfermera que no habla inglés. Malentendidos.

19:10 le llaman otra vez "Here we go again and again"

23:43 and see if he will ever make it to the end of the red line.

26:24 No entienden español, andan sin saber dónde van.

27:07 "Patricia must speak funny English" les ha explicado tres veces lo que sucede y no entienden nada.

-What happened?

-First degree. Le da tratamiento.

15:30 a 15 year old girl, infected ear

16:25 el doctor habla

La chica no quiere, tiene miedo, se va.

-Intentan

convencer a la niña.

19:45 Entra, se

levanta de la camilla. No quiere.

21:37 el doctor intenta una vez que entienda lo

importante que es. Habla inglés. Habla

mal y la madre se lo dice bien a la

niña. Se van.

Firman "leaving on your own responsibility".

29:26 Explica lo que le pasa en los pies.

Y todo lo que le ha pasado durante sus vacaciones (robos, medusas, hospital...)

31:57 Is someone gonna see me soon?

Enfermero no entiende, pone caras. Dice que no habla.

32:15 Opina.

Médico Americano.

36:18 La enfermera explica lo que le van a hacer.

Sun, Sea and A&E s02 e01

02:10 English nurse "we've just been informed that a bomb is off at the police station. 2 police killed, several injured"
-turistas cuentan lo que han visto

03:50 turista opina

14:30 Councillor for Tourism and Foreign Citizens speaks "First time in 50 years"

41:02 intérprete resume un poco su día

04:36 16 year old, diabetic, blood acidosis, on holiday with family friends

05:35 a family friend

06:33 Dr habla en inglés: a very dangerous condition

07:00 el chico no sabe lo que le van a hacer

NO HAY INTÉRPRETE

-¿Cómo se dice tragar en inglés?

-¿Tragar qué es?

-Beber.

-Drink it.

08:20 Drink. Drink.

-Drink what?

HABLAN EN ESPAÑOL, EL CHICO NO SE ENTERA

08:49 Dra española llama a los padres por teléfono (están en Inglaterra).

09:46 Family friend "has the nurses tell you what's happening here? No? We are still kind of finding more... You are gonna be referred to de ICU" "I can't breathe."

16:19 Madre. "These procedures are not done in England. I have never seen anything like that" Estrés. No tenía pasaporte.

17:51 Girlfriend

20:30 INTÉRPRETE le lleva la comida, no le gusta.

34:39 Esperan al doctor

Discusión madre y novia.

INTÉRPRETE

salen del hospital sin el alta

37:57 check out, la intérprete les explica que no podía salir del hospital, explica consecuencias

39:50 la madre llora "because of the interpreter"

11:10 Jamie ended up being manhandled out of the club

-Massive phobia of needles

12:20 Jamie y su novia explican qué pasó

15:28 INTERPRETER

"I am one of the interpreters. How are you feeling?

They will do their best" NO

INTERPRETA, ESTÁ SOLA

28:15 surgery on his nose

Se ha despertado antes de lo previsto

LE HABLAN EN ESPAÑOL

Dr habla

32:11 INTÉRPRETE

"I just want to inform him about the situation", comprueba que está todo bien

36:54 Le curan.

18:43 18 year old British lad who has gone straight through a glass window

Chica ambulancia habla inglés "3 points"

19:29 cuenta cómo ha sucedido

Amigo

20:05 tiene fobia a la agujas, dice dónde se ha cortado

21:50 Dr Nuñez le examina, habla inglés. Parece no entender "needle phobia".

24:20 18 year old, pelea Cuenta cómo ha sido El Dr le dice que hay que operar, su amigo no se puede quedar con él.

24:45 llama a sus padres llorando

32:59 "I'm going back to England as soon as I can" Se va sin operar.

30:22 12 year old se ha cortado ÍNTERPRETE, NO INTERPRETA, pregunta y le cura, le pone puntos Familia habla

Sun, Sea and A&E s03 e01

<p>02:35 35 years old man was attacked by a gang of men, he fell over the cliff</p> <p>11:44 cuenta lo que le pasó</p> <p>12:25 Dr dice los resultados (habla inglés)</p> <p>26:50 Dr Dirk Kuhnen, Trauma. Le examina. "I don't know if you call it like that in English"</p> <p>33:02 la novia va al lugar del accidente y cuenta lo que sucedió</p> <p>33:42 Problemas con el seguro. Necesitan un "police report".</p> <p>41:30 Mañana se van. Todos los papeleos OK</p>	<p>04:55 a 5 year old boy from Glasgow, mysterious stomach virus, vomiting, diarrhoea, highly dehydrated</p> <p>05:15 padre habla "a very scary moment"</p> <p>05:44 Dr Daniela, Paediatrician, habla inglés</p> <p>-What has happened? Can I see your tommy? Keep breath...</p> <p>06:30 Welfare Officer Helen: problemas con el seguro</p> <p>14:00 Dr da los resultados y tratamiento</p> <p>Helen ha hablado con el seguro y lo cubrirá</p> <p>29:12 No le gusta la sopa de pollo</p> <p>30:52 Dr Daniela le da indicaciones y le dan el alta</p>	<p>07:35 18 year old boy, sunburn</p> <p>Welfare Officer Vivienne, breaks the language barrier</p> <p>hace preguntas "Do you have pain at the moment?"</p> <p>No se oye lo que dice el Dr Castillo</p> <p>Interpreta: what Dr Castillo says is...</p> <p>21:17 Vivienne examina, opina</p> <p>Le curan</p>	<p>09:35 60 year old woman from Glasgow, stroke</p> <p>Marido habla</p> <p>Vivienne ha hablado con los doctors y le cuenta lo que le han dicho: la van a operar</p> <p>18:37 marido llama a casa para informar</p> <p>24:15 Dr Jaume, surgeon, describe el proceso, habla en ingles</p> <p>34:40 surgery ok</p> <p>Dr avisa al marido en ingles y le da todas las indicaciones</p> <p>37:08 Cuenta cómo se sintió durante la operación. Si le hubieran dicho que iba a estar despierta no se habría operado.</p>	<p>15:30 39 year old taxi driver, back pain</p> <p>Le cuenta a Vivienne qué le pasa: ha dormido en el suelo y le duele todo, no puede moverse</p> <p>Vivienne va a buscar al doctor</p> <p>16:35 amigo y él hablan</p> <p>19:30 ataque, tiembla</p> <p>32:00</p> <p>MALENTEDIDO Dr Francisco habla ingles:</p> <p>-Illness chronic, high blood pressure, asthma...?</p> <p>-Have I? No, no, I don't.</p> <p>32:25 scan</p> <p>38:30 slipped disc</p> <p>40:00 welfare Officer, Debbie</p> <p>INTERPRETA "Dile que tiene dos hernias" Le dice lo que tiene y porqué, indicaciones.</p>
--	--	---	---	--